VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 77)
z dnia 12 czerwca 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 77)

12 czerwca 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– „Propozycje zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych".

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Adam Olszewski** szef Oddziału Profilaktyki i Lecznictwa w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Lech Rejnus** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Leszek Szalak** p.o. dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Andrzej Baszkowski** członek Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mariusz Kocój** członek zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, **Eugeniusz Jarosik** oraz **Katarzyna Skóra** przedstawiciele Naczelnej Izby Aptekarskiej, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Robert Mołdach** oraz **Elżbieta Janaszkiewicz** eksperci Pracodawców RP, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność", **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska wraz ze współpracownikami oraz **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Tauroginska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Grzegorz Ciura** – specjalista z Biura Analiz Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam serdecznie wszystkich członków Komisji. Witam pana ministra i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum oraz przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Jednocześnie informuję, że dzisiejsze posiedzenie zostało zwołane zgodnie z art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Porządek dzienny obejmuje jeden punkt – „Propozycje zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych".

To posiedzenie zostało zwołane zgodnie ze wspomnianym artykułem regulaminu Sejmu, na wniosek grupy posłów. Zanim oddam głos panu ministrowi, przedstawię krótkie uzasadnienie zwołania tego posiedzenia. Jednocześnie powiem, że żałuję, iż na nasze posiedzenie w tak ważnej sprawie nie przybył minister zdrowia, pan Bartosz Arłukowicz. Cieszę się oczywiście z obecności pana ministra Neumanna, ale chcielibyśmy poznać w tej sprawie również zdanie pana ministra, tym bardziej, że z panem ministrem Neumannem mieliśmy już okazję na ten temat dyskutować.

Szanowni państwo, na początek kilka cytatów. „Ministerstwo najwyraźniej chce nam zafundować zdrowotne OFE. Jakiekolwiek ograniczenia dostępu do świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej byłyby bardzo niewłaściwe, bowiem dzieci powinny być pod szczególną ochroną. Jestem za wprowadzeniem dodatkowych ubezpieczeń bez ograniczania świadczeń gwarantowanych. Jestem zdecydowanie przeciwko ograniczeniu koszyków świadczeń gwarantowanych. Nie powinny być ograniczane, a tym bardziej usunięte, bez względu na dziedzinę medycyny, wspomniane świadczenia. Ograniczenie koszyka to przerzucanie dalszych kosztów na pacjenta".

Otóż, szanowni państwo, tak się składa, że nie są to opinie polityków. Nie są to opinie parlamentarzystów. To są opinie konsultantów krajowych, osób, które współpracują z panem ministrem i które, również jak my, i podobnie jak opinia publiczna, są zaniepokojone zapowiedzianymi zmianami. Zapowiedzianymi – odniosę się do tego, o czym mówiliśmy również przy okazji informacji bieżącej.

Panie ministrze, to nikt inny, to właśnie pan wywołał pewne zaniepokojenie i to pan, a nie tabloidy, gazety, telewizja, radio czy posłowie, rozpoczął tę dyskusję. To pan, w wywiadzie udzielonym „Dziennikowi Gazecie Prawnej" 20 maja tego roku, na pytanie, czy resort zdrowia planuje ograniczenie koszyka świadczeń zdrowotnych, odpowiedział, cytuję: „Tak. Jeżeli chcemy wprowadzić dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, to nie ma innej możliwości".

Panie ministrze, jako członkowie sejmowej Komisji Zdrowia, chcielibyśmy dowiedzieć się, jakie jest zaawansowanie prac nad tymi zmianami, jak głębokie będą te ograniczenia. Bo, jak rozumiem, skoro mają być wprowadzone dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, to z tortu świadczeń zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych trzeba sporą część wykroić, żeby w to miejsce wprowadzić wspomniane dodatkowe ubezpieczenia. Chcielibyśmy dowiedzieć się, jakie kryteria państwo zastosują, według jakiego klucza będą proponować te ograniczenia, jak głębokie będą te ograniczenia, a w sensie finansowym, czy to będzie 5-10-15% realizowanych świadczeń, czy może więcej, a także, ile tych procedur będzie wyeliminowanych. Czy będą to – jak pisano w niektórych tabloidach – te świadczenia, które dzisiaj są standardem w ochronie zdrowia, czy będą to świadczenia, które są w koszyku świadczeń, ale uważają państwo, że nie musiałyby się w tym koszyku znaleźć? Czy też stosują tu państwo inne kryteria?

Na te wszystkie pytania, panie ministrze, nie uzyskaliśmy odpowiedzi w czasie przedstawiania informacji bieżącej. Owszem, podyskutowaliśmy sobie, wymieniliśmy się opiniami, ale w dalszym ciągu jesteśmy w tym samym miejscu i niewiele nowego wiemy.

W dniu dzisiejszym została przysłana z resortu zdrowia informacja związana z tym tematem. Oczywiście dziękujemy za przypomnienie, według jakich zasada odbywa się kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych. Nie ma wątpliwości, że wszyscy członkowie Komisji Zdrowia doskonale o tym wiedzą. Mam nadzieję, że i wszyscy urzędnicy ministerstwa o tym wiedzą. Niemniej jednak warto sobie tę wiedzę jeszcze raz przypomnieć. Jednak, nawet w tym materiale, który w swoim wymiarze miał uspokajać opinię publiczną i parlamentarzystów, pojawia się informacja, która potwierdza, że takie ograniczenia koszyka świadczeń będą musiały być wprowadzone. Państwo mówią jedynie o odmiennej kolejności – że najpierw zajmą się ubezpieczeniami dodatkowymi i dopiero po przygotowaniu ustawy o ubezpieczeniach dodatkowych określą te ograniczenia. Jednak my, panie ministrze, chcielibyśmy się dzisiaj dowiedzieć czegoś więcej, choćby ze względu na ten ostatni akapit.

Ostatnia sprawa, związana ze wspomnianymi ubezpieczeniami dodatkowymi. Pamiętam dyskusję w Sejmie sprzed około sześciu lat, kiedy na początku poprzedniej kadencji był przedstawiany projekt – złożony jako poselski, choć oczywiście firmowany przez Ministerstwo Zdrowia – dotyczący ubezpieczeń dodatkowych. Chciałbym przypomnieć, panie ministrze, że tak naprawdę to była swego rodzaju komercja – lepsze warunki dla niektórych pacjentów, tych, którzy dodatkowo zapłacą w szpitalu, a więc dzielenie w poszczególnych placówkach służby zdrowia na lepszych i gorszych, bogatych i biednych. Wówczas państwo się z tego wycofali. Ten projekt po pierwszym czytaniu został wycofany z dalszego procedowania i od tej pory była cisza. Obecnie ponownie pojawia się temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i dlatego chcielibyśmy wiedzieć, czy to jest to, co wynika ze wspomnianych artykułów, z tego, co mówił pan na konferencji dyrektorów szpitali prywatnych, co mówił pan w wywiadzie dla „Dziennika Gazety Prawnej", czy chociażby w Sejmie. Czy to będzie to, co państwo chcieli wprowadzać 6 lat temu, czy coś innego?

Na początek, to tyle, panie ministrze. Teraz oddam głos panu, a następnie odbędziemy debatę. Już widzę osoby, które zgłaszają się do dyskusji. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję bardzo, także za to zaproszenie, bo – jak widać – trzeba rozmawiać i starać się prowadzić dyskusję merytorycznie, a nie za pośrednictwem gazet, bo – jak rozumiem – można wybierać takie cytaty, które w danym momencie są akurat korzystne. Rozumiem politykę, a także to, że państwo chcą podgrzewać atmosferę strasząc tymi cytatami czy tymi artykułami, które w sposób nierzetelny i absurdalny przedstawiają formułę ubezpieczeń dodatkowych. Zakładam – wiem to doskonale – że to nie jest kwestia braku kompetencji państwa, bo te kompetencje macie, a raczej trochę złej woli albo politycznego wykorzystania tego tematu. Jednak warto o tym mówić właśnie po to, aby rozwiać te strachy i demony rozsiewane wokół ubezpieczeń dodatkowych. Jedno jest absolutnie pewne – to podkreślałem, podkreślam i będę podkreślać – że nie jest problemem to, czy siedzi tutaj minister Arłukowicz, ja, czy ktokolwiek inny z resortu, bo jest to projekt opracowywany przez Ministerstwo Zdrowia i całe jego kierownictwo.

Podstawą systemu ochrony zdrowia w Polsce będzie Narodowy Fundusz Zdrowi, czy inny płatnik publiczny – nie ważne, jak się będzie nazywać. Według mojej oceny, przez najbliższych kilkadziesiąt lat nic tu się nie zmieni. To podstawowy płatnik, który jest i będzie.

Drugim istotnym elementem jest to, że to rząd Platformy Obywatelskiej i PSL opracował koszyki w poprzedniej kadencji. Te koszyki zostały utworzone, obecnie są aktywnie i dynamicznie zarządzane przez Ministerstwo Zdrowia. O szczegółach tych zmian, które teraz zachodzą, powiemy za chwilę. Koszyki są zmieniane i będą się zmieniać, ale to nie oznacza, że na gorsze. Do tej pory tak się nie zdarzyło. Dobrze, żebyśmy mieli tę świadomość i budowali wiedzę, jak się takie rozporządzenia przygotowuje. Po to jest ten materiał, żeby państwo przypomnieli sobie i utrwalili tę procedurę, żeby w debacie publicznej – mówię to do wszystkich, także do koleżanek i kolegów z opozycji – nie straszyli niepotrzebnie Polaków. Rozumiem pewną histerię polityczną, którą można szerzyć, ale są granice przyzwoitości.

Koszyk się zmienia. Jesteśmy obecnie na etapie uzgodnień i konsultacji wszystkich koszyków – o tym powiemy za chwilę. Odnośnie do koszyka, jaki dzisiaj istnieje w ubezpieczeniach dodatkowych, które funkcjonują w Polsce, czy to w postaci abonamentów medycznych, czy to w postaci ubezpieczeń oferowanych przez firmy ubezpieczeniowe, a obejmują około 2,5 mln Polaków, nie jestem w stanie się wypowiedzieć. Nie znamy tych koszyków. Należałoby się zwrócić do firm ubezpieczeniowych i patrzeć na każde ubezpieczenie, które oferują, jakie tam są zawarte świadczenia, a także do firm abonamentowych, co w tych firmach otrzymuje się za miesięczną opłatę. Jednak są to koszyki zupełnie oddzielne od Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli mówimy o ubezpieczeniach dodatkowych, to mówimy o tym, że budujemy pozytywny koszyk ubezpieczeń dodatkowych, nie naruszając koszyka NFZ.

Ubezpieczenie dodatkowe w naszych planach jest tak skonstruowane, że osoby, które na nie się zdecydują, nie będą zwolnione ze składki do Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest ten solidaryzm, o którym mówimy. Czyli, jeżeli ktoś w przyszłości wybierze sobie prywatnego płatnika, żeby za daną usługę zapłacił, to nie zapłaci za niego NFZ, natomiast jego środki w NFZ będą przekazane na leczenie innych pacjentów. To jest element, który staramy się budować.

Mówimy też cały czas, że jesteśmy na etapie początkowym tych prac. Spotkaliśmy się na razie z przedstawicielami rynku ubezpieczeń. Spotkaliśmy się z organizacjami pacjentów, spotkamy się za chwilę z organizacjami lekarzy. Spotykamy się z organizacjami zarządzających jednostkami, żeby zbudować to, co w całej Europie Zachodniej jest normą, czyli, ubezpieczenia zdrowotne, które uzupełniają system publiczny, a nie zastępują go. Jeżeli ktoś z państwa uważa, że w krajach Unii Europejskiej nie funkcjonują dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, ba – że w Polsce ich nie ma, to świadczy to o dużym oderwaniu od rzeczywistości. Chcielibyśmy opisać ten rynek, który dzisiaj funkcjonuje. Chcielibyśmy dać szansę rozwoju temu rynkowi i dać większą ochronę pacjentom i klientom tych firm, żeby mieli gdzie się odwoływać czy składać skargi na funkcjonowanie tego rynku.

Możemy oczywiście cytować tabloidy, w których mówi się o tym, co będzie wyrzucone z koszyka Narodowego Funduszu Zdrowia. Możemy cytować polityków, którzy mówili, co będzie wyrzucone z tego koszyka, ale po to daliśmy państwu materiał, który mówi o tym, jak ten koszyk jest zbudowany, żebyście w końcu przestali takie głupoty opowiadać. Możemy zachowywać się w sposób mało racjonalny albo merytorycznie dyskutować o rzeczy poważnej, bo ja traktuję rozmowy o ubezpieczeniach dodatkowych, jako rozmowy o poważnej sprawie.

Około 30 mld zł rocznie Polacy przekazują z własnej kieszeni w ramach różnych prywatnych usług ochrony zdrowia, czy to kupując leki, suplementy diety, czy idąc prywatnie do lekarza, korzystając z badań diagnostycznych, czy też wykupując polisy ubezpieczeniowe czy abonamenty medyczne. To jest rzeczywistość. Możemy na to zamykać oczy i mówić, że wszyscy robią wszystko w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jest to prawda. O tym poważnie chcemy rozmawiać. Jeżeli będziemy to budować i będziemy mieć gotowy produkt, to oczywiście będzie on podlegać nie tylko konsultacjom, ale i głosom krytycznym.

Dzisiaj uznaliśmy, że trzeba rozpocząć prace i rozpoczynamy je. Odwoływanie się, panie przewodniczący, do tego, że ileś lat temu był taki projekt i mówienie, że był on straszny, groźny, budził wiele obaw i teraz pewnie robimy to samo… Wszyscy posłowie doskonale znają regulamin pracy Sejmu i wiedzą, że istnieje coś takiego, jak zasada dyskontynuacji, czyli, projekty, które nie weszły w życie w poprzedniej kadencji tracą ważność i trafiają do kosza. Zatem powoływanie się na przepisy czy na…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, jedno wyjaśnienie. Nie mówiłem, że coś będziecie kontynuować, tylko stawiałem pytania. To, po pierwsze. Przy okazji, bardzo bym również prosił o ważenie słów. Myślę o tym, co pan wcześniej powiedział.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Grzecznie słuchałem pana wypowiedzi i chętnie się do niej odnoszę, prosiłbym poczekać do końca mojego wystąpienia i wtedy ewentualnie skomentować. Ja po prostu mówię, żebyśmy poważnie o tym porozmawiali i nie straszyli, nie opowiadali nieprawdziwych historii pisanych przez, być może nieznających się na rzeczy dziennikarzy, albo nie powoływali się na tabloidy, które z wiarygodnością naprawdę mają niewiele wspólnego.

Absolutnie nie zgadzam się z tezą i problemem postawionym przez pana przewodniczącego w ten sposób, że aby stworzyć ubezpieczenia dodatkowe trzeba coś wykroić z tortu NFZ. Jeżeli tak państwo myślą o ubezpieczeniach dodatkowych, to rozumiem, że rzeczywiście mówimy dwoma zupełnie innymi językami w ogóle się nie rozumiejąc.

Dzisiaj na rynku oferowane są ubezpieczenia, czy produkty, obejmujące podstawową opiekę zdrowotną oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, które są kupowane przez Polaków i ani na jotę nie zmienił się przez to koszyk NFZ. Powtarzam, w Polsce 2,5 mln ludzi z tego korzysta. Teza, że zbudowanie rynku dodatkowych ubezpieczeń wymaga wyrzucenia wszystkiego, czy dużej części koszyka NFZ, jest nieprawdziwa. Prawdziwą tezą jest to, że aktywnie zarządzamy koszykami NFZ. To jest teza prawdziwa.

Chciałbym, żeby teraz pani dyrektor Rorant, która obecnie pracuje nad koszykami, przedstawiła – dla państwa informacji, żebyśmy wiedzieli, o czym rozmawiamy – bieżącą pracę nad koszykami świadczeń gwarantowanych. Pani dyrektor, jeśli można, proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zaraz udzielę głosu pani dyrektor, jednak jedną rzecz na gorąco muszę wyjaśnić, panie ministrze, żeby nie było wątpliwości.

Panie ministrze, mam nadzieję, że pan autoryzuje swoje wywiady. Jeżeli pan ich nie autoryzuje, to być może nasza dyskusja jest bezpodstawna, ponieważ ja cytowałem pana wypowiedź. Nikt tu, panie ministrze, nie straszy. To pan na postawione pytanie, czy resort zdrowia planuje ograniczenie koszyka świadczeń zdrowotnych, odpowiedział: „Tak. Jeżeli chcemy wprowadzić dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, to nie ma innej możliwości". Bardzo będę wdzięczny, jeżeli pan do tego się odniesie albo po wypowiedzi pani dyrektor, albo teraz, bo to między innymi wywołało niepokój.

Druga sprawa. Nie cytujemy tabloidów. Cytowałem pana profesora Jędrzejczaka, pana profesora Hermana, pana profesora Kalicińskiego, panią profesor Helwich, pan profesora Sosnowskiego, panią profesor Bakę-Ostrowską i pana profesora Windaka. Te osoby cytowałem – opinie, komentarze odnośnie do ograniczenia koszyka świadczeń, wygłoszone przez te osoby. Staram się być precyzyjny, panie ministrze. Będę wdzięczny, jeśli pan również będzie precyzyjny. Nie powiedziałem, że państwo chcą kontynuować to, co zaproponowali 6 lat temu, tylko pytałem, co w ogóle państwo chcą zrobić i proponować, jeśli chodzi o dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Bardzo proszę, oddaję panu głos, a potem – jak rozumiem – wypowie się pani dyrektor.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, żeby prowadzić sensowną debatę, to trzeba chociaż słuchać ze zrozumieniem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym prosił, żeby pan mnie nie obrażał.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Jeżeli pan cytuje profesorów, którzy mówią o tym, że są za dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, byle nie naruszyć koszyka NFZ, a my o tym samym mówimy, i pan to traktuje jako zarzut wobec mnie, to nie wiem, jak z tym dyskutować.

Po drugie, pan cytuje jedną gazetę. Gdyby pan zacytował moje wypowiedzi dla Polskiej Agencji Prasowej, „Rzeczypospolitej" czy innych gazet, to być może miałby pan jasność większą niż dzisiaj. Ba, może pan nie wierzyć innym gazetom – uznał pan, że „Dziennik Gazeta Prawna" jest jedyną wiarygodną gazetą w Polsce – i być może niezrozumienie mojej wypowiedzi rzeczywiście wprowadziło jakieś obawy, ale przypomnę, że w ubiegłym tygodniu mówiłem na ten sam temat z mównicy sejmowej. Wtedy jasno panu powiedziałem, jaka jest nasza intencja – że nie jest naszym zamiarem naruszanie koszyka NFZ, tylko zbudowanie równoległych ubezpieczeń. Rozumiem, że pan wtedy albo tego niedosłyszał, albo mnie nie zrozumiał, bo mówiłem zbyt szybko. Nie wiem. Faktem jest, że był gwar na sali…

Powtarzam po raz kolejny – budujemy pozytywny koszyk dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie dotykając NFZ, bo to są równoległe ubezpieczenia. Dlatego mówię, żeby nie powtarzać ciągle tych samych nieprawdziwych argumentów, bo nasza dyskusja staje się jałowa. Rozmawiajmy o tym, co sensownego możemy zrobić w prawie, żeby ten system zracjonalizować, a nie szukajmy na siłę nieprawdziwych argumentów, bo to spowoduje, że rzeczywiście będziemy stać w miejscu i będziemy okładać się maczugami zupełnie niepotrzebnie. To jest poważna sprawa.

Pani dyrektor, prosiłbym przedstawić informację, jak dzisiaj pracujemy nad koszykami świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zastępca dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia MZ Beata Rorant:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, uprzejmie informuję, iż faktycznie w Ministerstwie Zdrowia aktualnie trwają prace nad projektami rozporządzeń koszykowych. Trzy z nich – rozporządzenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i lecznictwa uzdrowiskowego – zostały skierowane do konsultacji zewnętrznych i międzyresortowych, a nawet są już po tych konsultacjach. Natomiast pozostałe w najbliższym czasie powinny zostać przekazane do konsultacji społecznych i międzyresortowych.

Pozwolę sobie wyjaśnić, iż zmiany, które są przygotowywane w pozostałych rozporządzeniach koszykowych, mają na celu głównie rozszerzenie wykazu świadczeń gwarantowanych, poprawę jakości udzielanych świadczeń i zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców, a także zwiększenie dostępności do świadczeń. Dla przykładu, w koszyku świadczeń szpitalnych, zgodnie z rekomendacją prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, uzupełniamy wykazy świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego procedur: przezskórne zamknięcie uszka lewego przedsionka w prewencji epizodów zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków, zewnętrzna

i wewnątrznaczyniowa hipotermia lecznicza, hipotermia w leczeniu encefalopatii noworodków, leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem biwalirudyny.

Natomiast, jeśli chodzi o poprawę jakości udzielanych świadczeń i zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców, należy zwrócić uwagę na to, że, na przykład, w koszyku świadczeń szpitalnych wyróżniamy warunki referencyjne dla leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych. W koszyku świadczeń psychiatrycznych – co budziło dużo kontrowersji – doprecyzowujemy przepisy dotyczące zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej. Jeśli chodzi o zwiększenie dostępności do świadczeń, na przykład, w koszyku świadczeń ambulatoryjnych, uzupełniamy procedury zabiegowe o niektóre procedury wykonywane dotychczas wyłącznie w ramach leczenia szpitalnego, a także uzupełniamy wykaz badań o badania niezbędne do zdiagnozowania chorób rzadkich i monitorowania pacjentów z chorobami rzadkimi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zanim przejdziemy do pytań, panie ministrze, powiem, że niestety tak jest, że gdy brakuje argumentów, pojawiają się argumenty *ad personam*. Mówię z wielkim żalem, niestety, że pan się w to wpisał. Proszę mi wierzyć, że gdyby nie pańskie wypowiedzi – a mógłbym cytować nie tylko jedną gazetę, bo w czasie informacji bieżącej cytowałem również „Gazetę Wyborczą" – nie byłoby naszego dzisiejszego spotkania.

Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni goście, chciałbym troszeczkę schłodzić tę gorącą atmosferę, która przed chwilą się wytworzyła. Rozumiem, że tak jak pan minister Neumann zapewnił, dodatkowe ubezpieczenia, które się pojawią, nie będą mieć na celu – użyję słów pana ministra – wykrawania czegoś z tortu NFZ, a będą mieć charakter tego, co obecnie obejmują umowy abonamentowe. Oczywiście rozumiemy, że w powszechności takiego ubezpieczenia tkwi klucz do sukcesu polegającego na tym, aby te ubezpieczenia były niskie, w przeciwieństwie do dzisiejszych umów abonamentowych, na które obecnie może sobie pozwolić tylko niewielka grupa naszych obywateli.

Chciałbym jeszcze doprecyzować jedną rzecz, bo często pojawia się w mediach, ale również w wypowiedzi pana ministra padała magiczna kwota 30 mld zł, którą Polacy wydają poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Warto zaznaczyć, że z tej kwoty kilkanaście miliardów złotych przeznacza się na leki, tak zwane OTC, czyli sprzedawane poza systemem recepturowym. Również spora kwota – rzędu 7-8 mld zł, jeśli nie więcej – przeznaczana jest na leczenie stomatologiczne, które w dużej części nie jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tylko część tych świadczeń jest finansowana.

Eksperci szacują, że olbrzymia kwota między 2 a 5 mld zł – aczkolwiek niewielka w stosunku do 30 mld zł – realnie trafia na coś, co ucieka systemowi finansowanemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tak naprawdę, urealniając tę kwotę, te dodatkowe ubezpieczenia będą szacowane nie na kwotę 30 mld zł, a właśnie na kwotę kilku miliardów, być może powiększoną o świadczenia stomatologiczne.

Niewątpliwe najtrudniejsze będzie opisanie w projekcie ustawy tego – o czym pan minister mówił – co ma zachęcić naszych obywateli do dodatkowego ubezpieczania się, a więc, jaki to będzie segment rynku. Czy będą to równolegle świadczone usługi w publicznych placówkach tak, żeby lepiej, efektywniej był wykorzystywany zarówno sprzęt medyczny, który jest bardzo drogi, jak i zasoby ludzkie, których można używać, oczywiście za zgodą wszystkich członków systemu ochrony zdrowia.

Żeby nakreślić członkom Komisji, w jak szybkim medialnym świecie jesteśmy, na zakończenie mojej wypowiedzi, podam jeszcze jedną rzeczą… Wiem, że to nie obejmuje bezpośrednio tematu koszyka świadczeń, ale często podczas spotkań z dyrektorami placówek służby zdrowia – a zauważę, że mamy połowę roku, czerwiec – pojawiają się pytania, które bezpośrednio wiążą się z koszykiem i kontraktowaniem. Te pytania dotyczą tego, czy NFZ będzie ogłaszać konkursy na rok 2014, czy też umowy będą aneksowane. Czy planowane jest wprowadzenie znaczących zmian w odniesieniu do tych umów? Tu zainteresowanie budzi hospitalizacja jednego dnia. Wreszcie – co często słychać z ust

przedstawicieli resortu zdrowia – czy nastąpi doszacowanie tych dziedzin, które, również w opinii resortu, są niedoszacowane? Podam przykład pediatrii. To wynika z wypowiedzi przedstawicieli resortu zdrowia. A także, czy nastąpi urealnienie szacunków w takich dziedzinach, jak kardiologia interwencyjna czy okulistyka.

Na zakończenie mojej wypowiedzi – bo nie chcę przedłużać – anegdotycznie. Tuż przed posiedzeniem Komisji Zdrowia, na jednym z czołowych portali medycznych przeczytałem, a była to godzina 13:00 – przypomnę, że nasze posiedzenie zaczęło się godzinę później – że Ministerstwo Zdrowia przedstawiło na posiedzeniu Komisji Zdrowia, czyli dzisiaj, informację dotyczącą dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Tak więc, zwracam uwagę wszystkim, którzy czytają doniesienia medialne, że są one często nawet dwa kroki przed tym, co się wydarzy, co wydarzyło się dzisiaj i co się wydarzy na tym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, oczywiście nawiążę najpierw do tej histerii, do straszenia. Na marginesie mogę powiedzieć, panie ministrze, że ten PR, postrzegany dotąd jako powabna czarodziejka, już nie działa. To już jest czarownictwa i nikt się na to nie łapie. Trzeba mieć tego świadomość.

Panie ministrze, powiedział pan, że to jest sprawa bardzo poważna. Rzeczywiście, sprawa jest bardzo poważna. Myślę nawet, że jest pan w mało komfortowej sytuacji. Poniekąd panu współczuję, dlatego, że bierze pan „na klatę” – mówiąc kolokwialnie – pewne działania albo inspiracje rządu, a tak naprawdę, powinien teraz stanąć przed nami pan premier, albo premier powinien stanąć przed narodem, przed obywatelami i powiedzieć, czy będzie ograniczony koszyk świadczeń gwarantowanych, czy nie – czy to jest tylko straszenie, wasze straszenie, bo my tego nie wymyśliliśmy. Natomiast my, obawiając się i w trosce o losy pacjenta, musimy pytać. To jest normalne. Takie jest działanie opozycji. Tak więc, w moim odczuciu, zmiana gwarantowanych świadczeń zdrowotnych jest zmianą o charakterze ustrojowym, a więc powinno być to prezentowane na poziomie pana premiera albo, co najmniej, ministra zdrowia.

Teraz, proszę państwa, o niespójności. Przedstawili państwo dokument i pani dyrektor też to podkreśliła. Proszę sobie wyobrazić – zaznaczam to szczególnie – że opracowujecie koszyk świadczeń gwarantowanych i macie trzy zadania: rozszerzenie tych świadczeń gwarantowanych – tak, jak pani powiedziała – polepszenie ich jakości i zwiększenie dostępności. Proszę państwa, teraz użyję słów poety – „żadnej dystynkcji w rozumowaniu”. Jeśli chcecie koszyk świadczeń gwarantowanych rozszerzyć, udoskonalić, chcecie polepszyć jakość i jeszcze zwiększyć dostępność, to jakie macie możliwości wprowadzenia dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Skoro ten koszyk świadczeń gwarantowanych będzie „full wypas”, już tak będzie doskonały, rozszerzony, tak będzie poprawiona jakość, to kogo jeszcze złapiecie na dodatkowe prywatne ubezpieczenia. Czy jest tu jakaś dystynkcja w rozumowaniu? Czy – nawiązując do tej głupoty – nie jest to niespójność sądów, czyli rozszczepienie? Schizo – to jest objaw osiowy pewnej choroby psychiatrycznej – czyli, niespójność sądu. Z jednej strony…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Nie obrażajmy się, panie przewodniczący.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Mówimy o informacji. Chcecie doprowadzić do takich rozwiązań, zacytuję – zresztą podkreśliliście to dwukrotnie – „zagwarantowanie z jednej strony dostępności produktów ubezpieczeniowych dla szerokiej grupy pacjentów – odciążając w ten sposób sektor publiczny – a z drugiej, zagwarantowanie należytego przestrzegania praw pacjentów korzystających z usług zdrowotnych finansowanych przez NFZ”. Zjeść ciastko i mieć ciastko. To już jest sztuka. Z jednej strony chcecie jak najwięcej pozyskać prywatnie ubezpieczonych, a drugiej strony, chcecie jak najbardziej zapewnić koszyk świadczeń gwarantowanych. To rzeczywiście wielka sztuka, ale nie taka prawdziwa, jakby się

to wydawać mogło, bo piszecie w ten sposób: „…celem regulacji będzie opisanie podstawowych standardów ubezpieczeniowych produktów zdrowotnych w celu ochrony interesu pacjenta”. A więc, „podstawowych standardów ubezpieczeniowych”. Jeśli ktoś mówi, że są podstawowe cele albo podstawowe działania, to myślę, że pewnie są jeszcze specjalistyczne i wysokospecjalistyczne. Czyli, tak naprawdę, chcecie ograniczyć zakres świadczeń gwarantowanych w tym koszyku. To dlaczego mówicie, że chcecie rozszerzyć, udoskonalić, polepszyć jakość i zwiększyć dostępność, skoro mówicie tylko o podstawowych standardach? Skoro są podstawowe, to na pewno będą i specjalistyczne i wysokospecjalistyczne. A więc, tak naprawdę, chcecie ograniczyć.

Proszę państwa, to jest sprawa bardzo poważna. Ja wiem, że prawdopodobnie miał pan, panie ministrze, inspirację do próbnej oceny opinii społecznej – jak zareagują opozycja, opinia społeczna i polski pacjent. Tymczasem polski pacjent jest już tak zdezorientowany, tak zagubiony i osamotniony, że już mu zależy tylko na tym, żeby dostać się do szpitala, mieć dostęp do usług specjalistycznych. Moim zdaniem, doprowadziliście do takiego chaosu, dezorganizacji i demontażu służby zdrowia, zniechęcenia do publicznej ochrony zdrowia, że poprzez to chcecie, aby społeczeństwo dało przyzwolenie na współpłacenie czy komercjalizację, a później prywatyzację.

To nie my straszymy, panie ministrze. To wy straszycie. To nie my wywołujemy histerię. To wywołujecie histerię bałaganem, brakiem koncepcji i brakiem strategii. Proszę bardzo, chcecie dyskutować, my jesteśmy gotowi do merytorycznej dyskusji, ale przedstawcie strategię, koncepcję, taktykę, działania długofalowe. Przestawcie precyzyjny program, strategię, a nie puszczajcie takich sygnałów do opinii publicznej, by nasłuchiwać, jaka będzie odpowiedź, jaki będzie sondaż. Na to się nie godzimy. Jeśli dalej będziecie wprowadzać atmosferę lęku, obawy, to wiedzcie, że dzisiejszy pacjent jest już w takim stanie, że lęka się o zdrowie i życie swoje i swoich najbliższych. Jeśli pan, panie ministrze, do nas apeluje, ja też do pana apeluję o powagę i o konkrety. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Hrynkiewicz, bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, niedobrze, że rozmawiamy w atmosferze zdenerwowania. Niestety, winię za to pana ministra, że wprowadził taką atmosferę…

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Ja się nie zgadzam…

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ale może się pani nie zgadzać. Każdy ma zwoje odczucia i swoją wrażliwość, pani poseł, i może różnie odbierać te sprawy.

Chciałabym przejść do meritum, bo to mnie bardziej interesuje. 29 maja Główny Urząd Statystyczny opublikował dane – wyniki badań GUS – dotyczące sytuacji gospodarstwa domowych w 2012 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych. Z tego badania wynika coś bardzo interesującego. Mianowicie to, że w Polsce pogłębiło się zróżnicowanie dochodowe ludności i są grupy bardzo głęboko upośledzone, jeśli chodzi o dochody, a także to, że mamy do czynienia z ogromnymi zróżnicowaniami, jeśli chodzi o grupy społeczno-zawodowe, demograficzne, jak i zróżnicowania regionalne.

Jeśli przyjrzymy się tym danym, to wynika z nich, że to, co pan projektuje, są to właściwie pewne rozwiązania, które, być może, byłyby dobre – nie wiemy, jakie są to rozwiązania, bo wciąż znamy je z jakichś przecieków medialnych, wynikają z jakichś niedomówień i niepełnych przekazów, mimo że była na ten temat informacja bieżąca w Sejmie. Z tego wynika, że właściwie jedyna grupa – jeśli się to przyzwoicie przeanalizuje – od której pan gotów byłby wziąć pieniądze, nie leczy się w systemie publicznej ochrony zdrowia, tylko dzisiaj uzyskuje świadczenia w systemie prywatnej ochrony zdrowia. Prywatnej – nie ubezpieczeniowej. Moim zdaniem, takie uderzenie w prywatny sektor ochrony zdrowia jest nieuzasadnione.

Wydaje mi się – biorąc pod uwagę tak duże zróżnicowania dochodowe, jakie są w Polsce – że trzeba ten sektor prywatny nieco ucywilizować, być może wzmocnić i stworzyć dla niego pewne ramy, w których także będzie kontrola jakości świadczonych usług, jak w publicznym sektorze ochrony zdrowia, czego dziś nie ma. Natomiast, pan proponuje wprowadzenie jeszcze dodatkowych ubezpieczeń. Najlepiej poznałam zakres tych dodatkowych ubezpieczeń z reklam, które są w telewizji – jedna z firm ubezpieczeniowych proponuje, że gdy ktoś pójdzie do szpitala, to będzie mu płacić do 1000 zł dziennie. Może to być złotówka, może to być 2 zł, a może być nawet 1000 zł.

Kiedy słuchałam pani dyrektor i pana ministra – a także, gdy słuchałam pana ministra na sali sejmowej – to odnosiłam wrażenie, jakby państwo byli akwizytorami tych instytucji ubezpieczeniowych. A ponieważ w tym piśmie, które państwo przygotowali na dzisiaj, mamy także informację o tym, że odbywają się szerokie konsultacje, chciałabym zapytać, które z przedsiębiorstw i instytucji ubezpieczeniowych uczestniczyły w tych konsultacjach. Czy te, które obiecują 1000 zł dziennie za pobyt w szpitalu i opłatę za usługi szpitalne? Które instytucje biorą w tym udział? Pani dyrektor napisała nam też, że w tych konsultacjach biorą udział organizacje pacjentów. Które organizacje pacjentów w tym uczestniczą? Jakie jest ich zdanie? Być może chcielibyśmy, żeby te organizacje były dzisiaj zaproszone, podobnie jak zostały zaproszone organizacje ubezpieczeniowe.

Jeśli przyglądamy się dochodom gospodarstw domowych… Państwo tu piszą, że 30 mld zł wydaje się na ochronę zdrowia, ale nie ma podstawy, na jakiej dokonaliście takiej oceny. Skąd wiadomo, że to jest 30 mld zł? Wiadomo jest z rachunków narodowych, które są wykonywane w Głównym Urzędzie Statystycznym, że Polska należy do tych krajów w Europie, gdzie udział wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia należy do najwyższych – jest on kilkukrotnie wyższy niż, między innymi, w Republice Federalnej Niemiec, która jest znacznie zamożniejszym krajem i dochody ludności są tam istotnie wyższe. Wobec tego, prosiłabym o wyjaśnienie, na jakiej podstawie państwo to piszą – jakie są podstawy tych obliczeń, kto ich dokonał, kiedy? Może były wykonywane jakieś badania, które są nam nieznane. Proszę o rzetelną odpowiedź, skąd pochodzi ocena, że 2 mld zł przechodzi w szarej czy czarnej strefie ochrony zdrowia. Może przechodzi więcej, a może mniej. Jak to zbadaliście? Skąd jest ta wiedza? Jaka jest podstawa takiego twierdzenia wyrażonego w piśmie, skierowanym wszakże do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej? To nie może być tak, że państwo, gdzieś, coś powiedzieli na ten temat.

Następna sprawa. Jak państwo obliczyli koszty transakcyjne ubezpieczeń dodatkowych? Wiadomo, że trzeba utrzymać prezesa firmy ubezpieczeniowej, wiceprezesów, radę nadzorczą, biuro, księgowych, kasjerów i inne grupy urzędnicze, także akwizytorów tych świadczeń. To są bardzo duże koszty. W różnych instytucjach ubezpieczeń komercyjnych koszty transakcyjne czasem wynoszą 1/4, czasem 1/3, a czasem powyżej 1/3. Ile one będą wynosić? Jeśli pani dyrektor już konsultowała to z tymi firmami, to może zechce nam pani powiedzieć, jak one były oceniane?

Wreszcie, jeśli te ubezpieczenia dodatkowe mają być, to chciałabym zapytać, panie ministrze, czy świadczenia w ramach tych ubezpieczeń będą udzielane w oddzielnych instytucjach. Jak będą rozliczane koszty? Jak firmy ubezpieczeniowe, które będą mieć zawarte te umowy, będą mieć rozliczane koszty typu: amortyzacja sprzętu, zatrudnienie personelu, amortyzacja budynku, amortyzacja innych składników? Jakie rachunki państwo mają wykonane? Czy są jakieś rachunki, czy nie ma żadnych rachunków?

Następnie pytanie – jak się zmieni koszyk świadczeń gwarantowanych? Chcę państwu podać przykład Warszawy, gdzie świadczenia związane z porodem, owszem, są udzielane w tych szpitalach, które mają zawarte kontrakty na przyjmowanie porodów, ale nie ma już w tych szpitalach usług przedporodowych. Kobieta, która jest w ciąży, musi pójść do prywatnej przychodni i tam uzyskać takie świadczenia.

Jeżeli ktoś w prywatnej przychodni nie uzyska świadczenia, na przykład ginekologa, to nie może już wykonać badań zleconych przez prywatnego ginekologa w publicznej przychodni, ponieważ tam, po pierwsze, ginekolog nie przyjmuje, a po drugie, jeśli przychodzi się ze zleceniem na badania, to trzeba je wykonać prywatnie. Mówię tylko o tej drobnej furteczce, która została otwarta kilka lat temu, żeby można było łączyć świadczenia w zakładach publicznych z prywatnymi. Prowadzi to po prostu do tego,

że na pacjentach wymusza się korzystanie ze świadczeń opłacanych prywatnie, mimo że są oni ubezpieczeni. Może nawet dobrze, że się wymusza na niektórych, bo niektórzy skorzystają, a inni nie skorzystają. Pojawia się jednak następny problem – kto odpowiada za jakość tych świadczeń? Kto odpowiada za efekty leczenia, jeżeli to leczenie odbywa się u przypadkowych lekarzy i w przypadkowych przychodniach? Jak można później rozliczyć kogoś z takich działań?

Teraz – to jest oczywiście niezwykle ważne – jak zmieni się koszyk świadczeń gwarantowanych? Być może będzie tak, jak jest dzisiaj z usługami związanymi z porodami w Warszawie – prywatne wizyty u ginekologa w przychodni i poród w publicznym szpitalu. Może tak to będzie.

Pani dyrektor mówi, że już to przekonsultowała i ma opinie dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń związanych z ratownictwem medycznym i jeszcze jednej grupy świadczeń – zaraz do tego sięgnę. Co wynika z tych uzgodnień? Które świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej zostaną wycofane, a być może wejdą nowe? Nie wiem. Może wejdzie inny poziom albo inny zakres tych świadczeń. My nie możemy, pani dyrektor, rozmawiać na takim poziomie, że pani pospiesznie i cicho przeczyta jakiś wykaz świadczeń, ponieważ musimy to porównać z tymi, które będą w ramach dodatkowych świadczeń ubezpieczeniowych. Nie da się tego tak zrobić. Proszę, wobec tego, pokazać to nam, jeśli pani to konsultuje i ze związkami pacjentów, i z instytucjami ubezpieczeniowymi. Proszę bardzo, karty na stół, i rozmawiamy o dokumentach. Bo my dzisiaj rozmawiamy o tym, co pan minister powiedział, czego nie powiedział, czego nie dopowiedział, co ktoś usłyszał, co ktoś napisał. Panie ministrze, czy to jest rzeczywiście sondowanie opinii publicznej, jeśli chodzi o dodatkowe ubezpieczenia i dalszą prywatyzację usług ochrony zdrowia? Zbyteczny wysiłek. Chcę panu powiedzieć, że z badań opinii publicznej wynika, że w Polsce zdecydowana większość obywateli – ponad 80% – chce publicznej ochrony zdrowia. Nic pan na to nie poradzi, choćby pan obiecywał, że będzie dawać tysiące za każdy dzień pobytu w szpitalu, to nic to nie da.

Na zakończenie chciałabym powiedzieć, że to, co państwo robicie i sposób, w jaki to robicie, to jest typowe zarządzanie przez konflikt. Natomiast my tu rozmawiamy o sprawach ważnych, a nawet bardzo ważnych. Chcielibyśmy wyjść z tego spotkania i powiedzieć, że minister Neumann, wraz z ministrem Arłukowiczem i całym kierownictwem Ministerstwa Zdrowia, poważnie zastanawia się nad tym, jak usnąć trudności w dostępie do usług ochrony zdrowia, jak polepszyć jakość usług ochrony zdrowia, jak usprawnić jej funkcjonowanie. Nie chciałabym pójść do moich wyborców, z którymi mam się za dwa dni spotkać, i powiedzieć – w ministerstwie, tak jak za dawnych dobrych czasów pani Sawickiej, odbywa się następne kręcenie lodów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Proszę o zabranie głosu pana posła Piontkowskiego. Następna będzie pani poseł Skowrońska. Bardzo proszę o skrócenie wypowiedzi.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Panie przewodniczący, ja w takim trybie, żeby pani poseł, która zabierała głos przed chwilą, wycofała się i przeprosiła za tę wypowiedź pana ministra i nas wszystkich, bo pani poseł obraziła nas mówiąc o kręceniu lodów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, pani poseł, ale nie udzieliłem pani głosu.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Chciałabym, żeby pani poseł uczyniła to za chwilę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym wszystkich państwa, zaczynając od pana ministra – bo pan minister, niestety, jako pierwszy użył słowa nieuprawnionego, mówiąc o „głupotach” – abyśmy wszyscy opanowali emocje. Bardzo proszę – zwracam się do osób, które będą się wypowiadać jako następne – abyśmy powstrzymali się od radykalnych stwierdzeń. Niestety, panie ministrze – mówię to z żalem – niepotrzebnie pan te emocje podgrzał.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie przewodniczący, to pan podgrzewa cały czas atmosferę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Rozmawiajmy wreszcie merytorycznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie udzieliłem głosu pani przewodniczącej. Rozmawiamy merytorycznie – próbujemy w każdym razie to robić. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja tylko *ad vocem*.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Nikogo, proszę państwa, nie chciałam obrazić. Proszę tylko o rzetelne dokumenty, nad którymi możemy rozmawiać, o rzetelne wyliczenia, o porządne dokumenty. Jestem ostatnią osobą, która chciałaby rozmawiać ze swoimi wyborcami językiem tabloidów. Ja tego nie robię. Proszę tylko pana ministra, proszę także pana ministra Arłukowicza – poprzez pana ministra Neumanna – przedstawcie nam rzetelne dokumenty, żeby potem nie słuchać takich posądzeń, takich pomówień. Nikogo nie pomawiam, powiedziałam tylko tyle, że nie chciałabym słuchać takich opinii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, pani poseł. Bardzo proszę, pan poseł Piontkowski.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ta dyskusja rozpoczęła się dlatego, że w pewnym momencie pan minister Neumann publicznie – w mediach – zapowiedział ważne działania Ministerstwa Zdrowia. Stąd reakcja – najpierw dyskusja podczas obrad Sejmu, a teraz podczas obrad Komisji. Pewnie możemy spierać się odnośnie do niektórych wypowiedzi zamieszczonych w prasie, ale zajmijmy się dzisiejszymi wypowiedziami pana ministra, które wcale nie wyjaśniły wielu rzeczy, bo w pewnym momencie pan minister zaczął, tak naprawdę, bagatelizować te działania, które zamierza podjąć ministerstwo, ograniczając je wyłącznie do rynku ubezpieczeń. W zasadzie, powinien użyć określenia: „uporządkowanie rynku ubezpieczeń medycznych”. Pewnie, gdyby go użył na początku, kilka tygodni temu, w wypowiedzi dla prasy, to takiej burzy medialnej by nie było. Przecież nikt z nas niemiałby nic przeciw temu, gdyby usłyszał, że Ministerstwo Zdrowia chce zadbać o prawa tych, którzy wykupią lub już wykupili prywatne ubezpieczenia zdrowotne, bo przecież w tym nie ma nic złego. Te ubezpieczenia funkcjonują tak, jak w wielu innych dziedzinach – chociażby ubezpieczania komunikacyjne, nieruchomości i wiele innych. Pojawia się tylko pytanie, czy ministerstwem właściwym do tego, żeby porządkować rynek ubezpieczeń jest Ministerstwo Zdrowia. Rozumiem, że w przypadku specyficznego rynku ubezpieczeń, jakimi są ubezpieczenia zdrowotne, Ministerstwo Zdrowia mogłoby służyć pewnymi konsultacjami prawnymi, merytorycznymi, aby dbać o prawa pacjenta, ale to raczej inne ministerstwo powinno zajmować się uporządkowaniem rynku ubezpieczeń.

Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że pan minister nie mówił o uporządkowaniu rynku ubezpieczeń, tylko że – zacytuję dzisiejszą wypowiedź, a to nie jest wypowiedź medialna – chcecie zbudować równoległe ubezpieczenia, albo – w innym momencie – równoległy rynek ubezpieczeń. To, panie ministrze, co w końcu chcecie zrobić z tymi ubezpieczeniami. Pan sam jakby sobie zaprzecza w uzasadnieniu, używając pewnych sformułowań.

Element drugi. Pan minister bardzo gorąco zaprzecza temu, że chce ograniczyć koszyk świadczeń gwarantowanych przez państwo, twierdząc jednoznacznie, i powta-

rzając to dzisiaj kilkakrotnie – zresztą podobnie było w Sejmie – że absolutnie nie chcecie wyjmować żadnych świadczeń z koszyka gwarantowanego przez NFZ. Jednocześnie mówią państwo o zbudowaniu dodatkowego koszyka, który miałby być opracowany z tych dodatkowych ubezpieczeń prywatnych.

Panie ministrze, jaki zdrowo myślący pacjent zdecyduje się na dodatkową opłatę za świadczenia, które, tak naprawdę, prawie nie są mu potrzebne. Jeżeli koszyk świadczeń gwarantowanych przez NFZ nie zostanie uszczuplony w żaden sposób, to taki pacjent dziś spokojnie może z tego rynku korzystać. Pan mówi o czymś, co nazywa dodatkowym koszykiem, proszę określić, co to jest – jakiego rodzaju zabiegi będzie on obejmować? Kto będzie wyceniać te zabiegi? Czy w jakikolwiek sposób będzie to korelować z koszykiem dotychczas istniejącym?

Pani dyrektor wspominała o pracach, które są prowadzone w odniesieniu do koszyka, ale, niestety, po raz kolejny użyła bardzo ogólnikowych określeń dotyczących tego, jak ten koszyk ma wyglądać. Zapytam o to w ten sposób – cztery lata temu weszła większość rozporządzeń regulujących kształt poszczególnych koszyków i od tego czasu ich kształt jest dość mocno krytykowany. Stąd pytanie do ministerstwa – ile zmieniliście zapisów w koszykach gwarantowanych? To znaczy, na przykład – ile procedur wypadło z poszczególnych koszyków? Ile procedur dodatkowo umieściliście w tych koszkach? Jakie były powody takich, a nie innych decyzji, bo na razie my nic nie wiemy. Wiemy tylko, że to funkcjonuje chyba nienajlepiej, w opinii ministerstwa także, ale nie wiemy, co w tej sprawie zrobiliście.

Element kolejny. Pan minister twierdził, że sam koszyk problemu nie rozwiązuje, że są znacznie poważniejsze sprawy, co każdorazowo, po raz kolejny odkrywamy, gdy następuje okres kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Stąd pytanie do ministerstwa – co macie zamiar zrobić z tym elementem, który znacznie mocniej wpływa na to, jaki jest dostęp pacjentów do leczenia. To znaczy, czy zmienicie coś w kontraktowaniu świadczeń, chociażby dla szpitali publicznych, żeby nie musiano się w nich zastanawiać co trzy lata, czy przetrwają, czy trzeba będzie zmniejszać o połowę liczbę istniejących dotąd oddziałów w szpitalach, czy nie, bo, na przykład, zabraknie im kontraktów. Na tę odpowiedź czekają w tej chwili praktycznie wszystkie publiczne szpitale. Boją się kolejnego okresu kontraktowania.

Kolejne pytanie, które pojawia się nie tylko ze strony szpitali, ale także ze strony podstawowej opieki zdrowotnej, jest takie – czy wycena świadczeń zdrowotnych, która funkcjonuje od wielu lat, jest zła? Wszyscy o tym mówią. Pan minister i pana przełożony również kilkakrotnie o tym mówiliście. Co państwo w tej sprawie zrobili? Kiedy dojdzie do gruntownej zmiany wyceny świadczeń, albo, które świadczenia państwo zupełnie inaczej wycenili w stosunku do dotychczasowej wyceny? Dlaczego to zrobiliście? Jaki to przyniosło efekt? Dziś niestety widzimy, że duża część prywatnej służby zdrowia funkcjonuje po prostu dzięki temu, że są źle wycenione świadczenia, a te najlepiej wycenione są zdobywane różnymi metodami przez szpitale prywatne, kosztem szpitali publicznych. To jest jeden z bardzo poważnych elementów naszego, fatalnie funkcjonującego systemu, a państwo na ten temat praktycznie nic nie mówicie.

Kolejna sprawa dotyczy tego, czy macie zamiar oddzielić jakoś sposób kontraktowania szpitali publicznych i niepublicznych, bo w sprawie ubezpieczeń mówicie wyraźnie o potrzebie podzielenia rynku na dwie części. Pierwszą z nich jest rynek świadczeń gwarantowanych, finansowanych z naszej składki zdrowotnej, którą każdy z nas płaci. Chcecie też tworzyć rynek ubezpieczeń prywatnych – tak to nazwijmy – albo go uporządkować. Na razie mniejsza o nazwę. Natomiast, z drugiej strony, w przypadku kontraktowania nie widzicie już różnicy tych dwóch rynków – podmioty publiczne i prywatne traktujecie identycznie. Efekt jest taki, że tracą na tym zdecydowanie szpitale publiczne. Czy chcecie dalej w taki sposób to prowadzić i doprowadzić do upadku szpitali publicznych?

Element końcowy. Pańscy przełożeni w ostatnich miesiącach deklarowali kilka bardzo istotnych działań Ministerstwa Zdrowia. Usłyszeliśmy między innymi zapowiedzi podziału NFZ i restrukturyzacji „czapy" nadzorującej wydawanie pieniędzy publicznych. Mówiliście o sposobie zadłużania szpitali w momencie, kiedy część szpitali, nawet tych najbardziej znanych, chciała już ogłaszać upadłość. Mówiliście o ratownictwie medycz-

nym i pilnej potrzebie zmiany zapisów prawnych, aby nie dochodziło do sytuacji, w której pacjenci umierają przy drzwiach szpitali. Mówiliście również o kolejnej potrzebie zmian ustawy o lekach refundowanych tak, aby pacjenci nie płacili najwięcej w Europie. Te zapowiedzi padły kilka miesięcy temu, a dziś, zamiast szczegółowych rozwiązań dotyczących przynajmniej tych najważniejszych kwestii, państwo, tak naprawdę, wrzucają następny temat. Czy, w związku z tym, prace nad tymi poważnymi sprawami, które między innymi minister Arłukowicz zgłaszał kilka miesięcy temu, zostały zaniechane i teraz państwo zajmują się wyłącznie ubezpieczeniami? Czy jest to po prostu kolejny temat medialny, mający przykryć problemy, z którymi Ministerstwo Zdrowia sobie nie radzi?

Na zakończenie – nie będę już cytować wypowiedzi pana ministra – chciałbym tylko zacytować wypowiedź jednego z lekarzy, konsultantów krajowych, który można odnieść do informacji, którą państwo dzisiaj przedstawili. W dzisiejszej informacji przedstawionej przez Ministerstwo Zdrowia, poza opisem procedur, prawie nic nie ma, może oprócz stwierdzenia, że w większości krajów Europy są dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i my koniecznie powinniśmy iść w tę stronę. Co na to mówi lekarz z doświadczeniem zagranicznym? „Dla takich jak ja: bardzo dobrze wykształconych i utalentowanych profesorów medycyny, i na razie zdrowych, to system lepszy, gdyż daje większe zarobki, ale dla wszystkich innych, to jest system dramatycznie gorszy. Również dla mnie, gdybym zachorował... Dodaje, że pieniądze robi się na biednych, którzy nie byli w stanie wykupić dodatkowych ubezpieczeń, przy czym w danym momencie ich życie zależy od świadczenia objętych takich właśnie ubezpieczeniem". To może być komentarz do tego, jak świetnie funkcjonuje system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, w trakcie tej debaty powiedziałam, że nie zgadzam się z takim sposobem procedowania, bo w sytuacji, kiedy pan przewodniczący nie formułuje głównej tezy, a czyta gazetę, to myślę, że powinniśmy się w tej sprawie poważnie traktować. Przykładem tego, że niepoważnie się traktujemy jest wystąpienie pani poseł Hrynkiewicz, która jedzie do swoich wyborców za dwa dni. Pani poseł, ja tam jestem codziennie. W 2007 r., kiedy dla tych, którzy mieli najniższe wynagrodzenia i najmniejszą dochodowość, dawaliście najmniej pieniędzy na ochronę zdrowia… To proszę się z tym zapoznać. Pani nie było w 2007 r. i pani nie miała możliwości zaprotestować, że w regionie, w którym pani jest, na świadczenia opieki zdrowotnej, na świadczenia opieki zdrowotnej idzie 80% tego, co średnio w kraju. Państwo tak to zaprojektowali. Na tej sali będzie nam trudno rozmawiać, dlatego że każdy w tym szerokim temacie znajdzie coś, co będzie chciał wytknąć drugiej stronie. Nie rozmawiamy o tym poważnie, dlatego że żaden model, którego byśmy oczekiwali…

Jeżeli pan przewodniczący i państwo posłowie żądający takiej informacji wskażą model, w jakim należałoby udzielić takiej informacji, to wtedy będzie można mówić o tym, że została udzielona odpowiedź na zadane pytania. Jeżeli jest to model szeroki, trudno będzie komukolwiek dogodzić.

Mój poprzednik tak daleko odszedł od tematu, że zajmował się wszystkim – i szpitalami, i lekami refundowanymi. Obiecaliśmy skupić się na jednym temacie. Myślę, że nieczęsto tak robimy – jeżeli mówimy o koszyku ubezpieczeń gwarantowanych i dodatkowych, to jesteśmy w trakcie przygotowywania rozwiązania. Dyskusję w tym zakresie uważałabym za tę, która może przynieść dodatkowy efekt, żeby powiedzieć, jak to rozwiązać, zobaczyć, jak to wygląda w innych krajach, żeby zapobiec patologiom, o których niektórzy moi przedmówcy mówili. Tych patologii – zgodzimy się wszyscy na tej sali – chcielibyśmy uniknąć. Dlatego mówię o szacunku.

Zwyczajowo bywa tak, że to przewodniczący Komisji albo prezentuje wniosek, o który mu chodzi, albo dopuszcza innych i próbuje dać głos każdemu, kto się chce wypowiedzieć. Panie przewodniczący, naprawdę mocno liczyłam na to, że jeżeli następują zmiany w prezydium tej Komisji, to zmieni się również styl. Niestety, moje oczekiwanie było większe.

Myślę, że warto rozmawiać, ale ten głos i to dzisiejsze posiedzenie Komisji traktuję jako rozpoczęcie dyskusji.

Myślę też, że mimo wszystko, wśród tej polityki, padło wiele takich pytań, które są bardzo ważne dla pacjenta. Na te pytania – tak uważam – pan minister powinien odpowiedzieć. To dzisiejsze spotkanie traktujemy jako pierwszy krok w rozmawianiu o nowym temacie – o bezpieczeństwie w tym zakresie, o niezarabianiu na biednych tylko o świadczeniu usług, o dobrej opiece zdrowotnej, o eliminowaniu patologii. Bardzo wierzę, panie przewodniczący – bo naprawdę jestem człowiekiem dużej wiary – że potrafimy sobie z tym poradzić, że pan przewodniczący tej trudnej dyskusji nada poważny ton. Nie zgadzam się na to, żebyśmy zachowywali się tak, jakbyśmy tutaj robili politykę. Dla nas najważniejszy jest pacjent. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zaraz będę dalej udzielać głosu. Pani przewodnicząca, kilka słów wyjaśnienia, zanim udzielę głosu kolejnej osobie. Otóż, po pierwsze, wydaje mi się, że w jednym będziemy zgodni, że jeżeli pojawiają się pewne propozycje, pewne informacje ze strony ministerstwa i minister czy wiceminister wybiera formę informowania opinii publicznej – najczęściej są to media, wywiady – to jest to właściwy moment do podjęcia dyskusji. Powiedziałbym nawet, że dyskusja w tym momencie jest już spóźniona, bo wolałbym, żeby najpierw pewne kwestie były omówione na posiedzeniach Komisji Zdrowia, a później były puszczane informacje do mediów. Skoro jednak stało się tak, a nie inaczej, to w gronie prezydium Komisji uzgodniliśmy, że tą sprawą trzeba się zająć, trzeba się jej przyjrzeć. Tak, jak pani powiedziała pod koniec swojej wypowiedzi, jest to wstęp do dalszej głębszej analizy i otrzymania informacji o tym, jakie są prawdziwe zamiary ministra zdrowia.

Niestety, ubolewam nad tym, że dwa tygodnie temu państwo większością koalicyjną zdjęli ten punkt z porządku obrad Komisji. Dlatego właśnie, w poczuciu odpowiedzialności, pani poseł, aby sprawa jednak była wyjaśniona, odbywa się to dzisiejsze posiedzenie, zgodnie z art. 152 regulaminu Sejmu.

Cytaty z gazety, pani poseł, miały wyłącznie na celu odpowiedź na swoiste wykręty ministerstwa, a konkretnie pana ministra, i próbę wmówienia nam, że przesłyszeliśmy się, że przewidziało się nam, a może w ogóle wymyśliliśmy problem. Otóż nie. Cytowałem opinię pana ministra, pytając zresztą o autoryzację wywiadów, po to, aby sprawa była jasna, że jest o czym rozmawiać, że to pan minister pewne tezy w sposób wyjątkowo jednoznaczny jak na polityka – przyznam, odważny – wygłosił. Ale w ślad za tym coś musi iść dalej. W tej chwili słyszymy, że następuje pewne wycofywanie się, być może nie z prac, ale przynajmniej z deklaracji. Z tego wynika dzisiejsze posiedzenie, stąd te cytaty i moje wcześniejsze, a także przyszłe stałe konsultacje w gronie prezydium.

Zapewniam panią, że będę starać się, aby każda sprawa, która dotyczy służby zdrowia, a będzie upubliczniona i wystarczająco ważna, była tematem debaty i dyskusji na posiedzeniach Komisji Zdrowia. Będzie inaczej, jeżeli przed posiedzeniem Komisji Zdrowia została ona zdementowana i podane zostanie sprostowanie. Te informacje – w tym przypadku dotyczące wspomnianych ograniczeń w koszyku świadczeń gwarantowanych i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych – zostały przeinaczone przez media, bo tak naprawdę intencje ministerstwa są inne. Nie nastąpiło nic takiego, dlatego podjęte były dalsze kroki i działania. Tyle w tej sprawie.

Może zbyt obszernie i długo mówiłem, ale już udzielam głosu innym osobom. *Ad vocem* – krótko, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Cieszę się z tej deklaracji pana przewodniczącego, bo ważny jest styl, w jakim rozmawiamy. Wtedy możemy rozmawiać spokojnie. Chciałabym zwrócić się z prośbą, bo doszło incydentu pod koniec wypowiedzi pani poseł Hrynkiewicz, żeby do czegoś takiego, do takich sytuacji…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, ale myślę, że pani poseł osobiście to wyjaśniła i nie ma po co do tego wracać.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

…żeby do takich sytuacji nie dochodziło. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jako następna do głosu zapisała się pani przewodnicząca Małecka-Libera. Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Powiem, że mam wrażenie, że dzisiaj na posiedzeniu Komisji przeżywam jakieś *déjà vu*, ponieważ padały te same argumenty i ta sama dyskusja odbyła się dwa tygodnie temu na posiedzeniu plenarnym. Wydawało mi się – jestem o tym przekonana – że Komisja Zdrowia jest na tyle merytorycznie przygotowana, że tu powinniśmy posunąć się o krok do przodu i mówić o pewnych kierunkach i argumentach…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To zależy od ministerstwa.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Chwileczkę. Od ministerstwa zależy to na pewno, ale jeżeli mamy podjąć jakąkolwiek dyskusję, to mówmy o realiach, które są dwa – a na razie nikt o nich nie wspomniał.

Po pierwsze, przypomnijcie sobie państwo moment, kiedy powstawał koszyk świadczeń gwarantowanych. Przecież już wtedy wszyscy byliśmy świadomi – nie podejrzewam, żeby osoby pracujące w Komisji Zdrowia były tego nieświadome – że koszyk musi być elastycznie zarządzany, że to nie jest studnia bez dna, do której ciągle i zawsze będziemy wrzucać świadczenia. Po to powstała Agencja Oceny Technologii Medycznych, żeby realnie te świadczenia oceniać i opiniować. To się robi, ten koszyk jest elastycznie zarządzany cały czas. Czy wy tego nie widzicie? Czy naprawdę macie przed oczami tylko populizm?

Na bazie tego została złożona pewna deklaracja – pewien kierunek nakazywanych zmian, a mianowicie, pomysł dodatkowych ubezpieczeń, który zresztą przez państwa też był akceptowany. Pamiętam takie wypowiedzi pana posła Piechy, który mówił, że to jest dobry kierunek, tylko trzeba nad tym popracować.

Popatrzcie teraz na otoczenie, jak się zmieniło. Mamy starzejące się społeczeństwo, które już niedługo będzie wymagać innej opieki i innych wyzwań. Mamy do tego innowacyjność w medycynie, która rozwija się naprawdę szybko i gwałtownie. Wzrasta również świadomość pacjentów, którzy coraz częściej sięgają do Internetu, żeby dowiedzieć się, czego jeszcze można od państwa oczekiwać. Myślę, że debata na temat tego, co w koszyku ma być, co ma być gwarantowane i efektywne dla pacjenta, to chyba dla Komisji nic nadzwyczajnego, a nie jakieś populistyczne mówienie – zapisałam sobie – że służba zdrowia ma być publiczną ochroną zdrowia. Szanowni państwo, chyba rozumiemy, co to są publiczne środki wydawane na ochronę zdrowia, co jest nazywane publiczną ochroną zdrowia.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

To powiedział pan minister.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie, to powiedziała pani poseł. Proszę sprawdzić. Nie zgadzam się również na ciągłe sekowanie prywatnego sektora. Jakim prawem padają tutaj słowa, że tam jakość usług jest zła. Na jakiej zasadzie państwo tu, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, stawiają takie tezy? Przecież mówicie to tylko pod publikę.

Nie zgadzam się ze straszeniem pacjentów. Nie zgadzam się, bo zarówno publiczna, jak i prywatna służba zdrowia, czy ochrona zdrowia, czy szpitale – nazwijmy to, jak chcemy – robi wszystko, żeby pacjent był tam dobrze i rzetelnie leczony. Proszę to też doceniać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zgadzam się z jedną sprawą – też się nie zgadzam ze straszeniem pacjenta. Właśnie z tego powodu mamy dzisiejsze posiedzenie.

Następną osobą zapisaną do głosu jest pan poseł Sprawka. Bardzo proszę.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Ponieważ pan przewodniczący wyczerpał ostatnią swoją wypowiedzią treść mojego pytania, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję serdecznie. Pan poseł Chmielowski.

Poseł Piotr Chmielowski (RP):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, rzeczywiście, atmosfera jest dzisiaj gorąca i chyba po raz pierwszy w życiu mam okazję zgodzić się z panią poseł Skowrońską, że sposób procedowania jest nieco ostry. Nie chciałbym uczestniczyć w tej jatce, przerzucaniu się argumentami. Zakładam, że część z nich jest prawdziwa, a część to populizm, ale to nie ma znaczenia.

Panie ministrze, zadam panu bardzo proste, techniczne pytanie i chciałbym usłyszeć odpowiedź. Mamy jakiś spis – nie używam pojęcia „koszyk" – jakąś listę świadczeń gwarantowanych, i na przykład siedemdziesięcioletnia kobieta, która musi mieć wszczepioną endoprotezę – z wiadomych powodów, klinicznie stwierdzono, że jej się należy – dzisiaj musi na to czekać, w zależności od województwa, kilka lat. Umówmy się, że jest to okres siedmioletni, bo akurat tyle wynosi to na Śląsku. Wiadomo, że przez te 7 lat jej stan z pewnością się pogorszy – odnośnie do tego nie ma wątpliwości. W jaki sposób przyszłe ubezpieczenia prywatne wpłyną na to, że akurat w tego typu przypadku – wydaje mi się, że to jest przypadek bardzo charakterystyczny – zostanie zmienione to, że ta osoba po zdiagnozowaniu, czyli po wytypowaniu do takiego zabiegu, otrzyma ten zabieg w normalnym czasie oczekiwania, bez żadnych specjalistycznych działań, tak, aby nie musiała za to płacić? Bo większość tych ludzi, którzy nie mogą się doczekać na zabieg z NFZ, wykonują je prywatnie. Chciałbym od pana usłyszeć, czy osoba w tym wieku, w państwa wizji – zakładam, że na razie jest to wizja prywatnych ubezpieczeń – będzie mogła przyjść od razu do prywatnego ubezpieczyciela, czy będzie musiała mieć staż u tego prywatnego ubezpieczyciela? Ilu przewidujecie potencjalnych komercyjnych prywatnych ubezpieczycieli – bo zakładam, że tylko tacy będą. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Dziuba.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Panie ministrze, ja w dwóch różnych sprawach. Po pierwsze, w swojej wypowiedzi pan usiłował wywołać wrażenie, że zdrowotne ubezpieczenia dodatkowe nie będą mieć wpływu na świadczenia zdrowotne objęte ubezpieczeniem obowiązkowym.

Otóż, panie ministrze, są to oczywiście naczynia połączone i nie bardzo wiadomo, bez przeprowadzenia odpowiednich symulacji, jaki będzie efekt wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych. O tę kwestię przed chwilą zahaczał w swojej wypowiedzi pan poseł Chmielowski.

Dyskusję na ten temat można zracjonalizować, bo wiadomo, że można przeprowadzić odpowiednie symulacje. Czy państwo takimi symulacjami dysponujecie? Jestem przekonany, że potencjalni ubezpieczyciele swoimi symulacjami dysponują i wiedzą, jaki efekt wywrą na sferę publiczną nieobowiązkowe ubezpieczenia dodatkowe. Czy państwo mają swoje własne symulacje? Czy się do tego przymierzacie? To pierwsza kwestia.

Kwestia druga dotyczy koszyka świadczeń. Nie tak dawno wprowadzili państwo możliwość leczenia czerniaka. Wprowadziliście państwo programy leczenia czerniaka, ale – jak wiadomo – obejmują one tylko część pacjentów, a więc tych, którzy reagują na leczenie jednym z leków objętych tym programem. Pozostała część pacjentów jest skazana na korzystanie z tak zwanej chemioterapii niestandardowej. Narodowy Fundusz Zdrowia udziela zgody na leczenie tym drugim farmaceutykiem, postępuje jednak w sposób specyficzny. Otóż, zainteresowanego pacjenta informuje, że zgodę na finansowanie chemioterapii niestandardowej udzielił, a szpital informuje o tym, że udziela zgody, ale z finansowaniem na poziomie 1/3. Zatem 2/3 finansowania musi znaleźć szpital, ewentualnie pacjent. Czy państwo są świadomi tej praktyki? Co państwo zamierzacie z tym

zrobić, bo taka praktyka Narodowego Funduszu Zdrowia stawia w niezwykle kłopotliwej sytuacji lekarzy oraz szpitale? Mówiąc najkrócej – nie wydaje się uczciwa? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Kłosin, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Mam dwa pytania. Jedno do pana ministra – już to pytanie częściowo zadawałam w czasie debaty. Chciałabym je powtórzyć, nawiązując do wypowiedzi pani przewodniczącej, że powinniśmy się zastanowić nad kierunkami. Panie ministrze, taki postulat – czy sposobem, żeby poprawić sytuację i płynność finansową oddziałów, nie mogłoby być to, aby środki raz przyznane oddziałowi w wyniku podziału algorytmem za dany rok, pozostawały w tym oddziale do dyspozycji dyrektora, ewentualnie do zatwierdzenia przez radę? Te środki już raz były przyznane, a one potem wracają poprzez wynik finansowy. Te środki, których oddział nie był w stanie wykorzystać, wracają do puli NFZ i potem bardzo często, poprzez fundusz zapasowy, są dzielone w zupełnie inny sposób i trafiają do zupełnie innych oddziałów. Myślę, że to byłoby narzędzie, które pozwoliłoby oddziałom regulować płynność i utrzymać tę płynność w sytuacjach zagrożenia. Wiemy, że jest coś takiego jak specyfika danego regionu, zupełnie inaczej mogą kształtować się potrzeby w województwie podkarpackim, a inaczej w pomorskim. Być może w tym przypadku algorytm byłby deską ratunkową dającą środki, które dyrektor miałby do dyspozycji na tak zwaną czarną godzinę. To pierwsze pytanie, a właściwie postulat, jeśli chodzi o kierunki, w jakich być może powinniśmy pójść.

Drugie moje pytanie kieruję do przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiem, że po wdrożeniu Jednorodnych Grup Pacjentów, zarówno w szpitalach, jak i w AOS, Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje narzędziami, aby na bieżąco weryfikować i przyjmować od jednostek szpitalnych, jednostek ambulatoryjnych oraz oddziałów NFZ sygnały o procedurach przeszacowanych i procedurach niedoszacowanych. Chciałabym zapytać, czy państwo ten monitoring prowadzą? Czy mogą państwo podać przykłady – bo wiem, że takie zgłoszenia były – procedur przeszacowanych i procedur niedoszacowanych?

Następne pytanie – jakie działania zostały podjęte po tych sygnałach, po tym monitoringu? Czy były już przypadki rewizji tych procedur? Oczywiście, zgodnie z obowiązującym zarządzeniem, po zasięgnięciu opinii AOTM itd.? Czy mogą państwo podać przykłady procedur, których wartość już zredukowano na skutek tych sygnałów, ewentualnie takich procedur, które zostały doszacowane, czyli ich wartość podniesiono, bo były nieopłacalne i dlatego niewykonywane. Prosiłabym o odpowiedź, czy to się dzieje na bieżąco? Czy są takie przykłady? Jak to wygląda w skali całego NFZ? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ nie ma tu przedstawicieli NFZ, pewnie będziemy porosić o odpowiedź na piśmie. Bardzo proszę, pani poseł Szczypińska.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Ja w sprawie tego apelu, żebyśmy nie straszyli pacjentów. Nie musimy straszyć pacjentów, oni są już dość przerażeni, ponieważ żyją w tej rzeczywistości, której większość z państwa, członków Komisji – mówię również o ministrze zdrowia – nie chce widzieć.

Mam pytanie, bo mówimy o koszyku świadczeń gwarantowanych, a w informacji jest taka teza, że ten koszyk świadczeń gwarantowanych absolutnie nie będzie zmniejszony, a tutaj powiedziano, że będzie on elastyczny. Tylko, w którą stronę będzie on elastyczny. Czy z tego koszyka będą wyjmowane świadczenia zdrowotne do koszyka świadczeń dodatkowych ubezpieczeń? Chcę też wiedzieć, jaka będzie różnica między koszykiem świadczeń gwarantowanych a koszykiem świadczeń dla pacjentów, którzy zdecydują się na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Czy – było takie pytanie posła – osoba, która czeka na zabieg 2-3 lata, w momencie, kiedy wykupi dodatkowe ubezpieczenie, będzie mieć to świadczenie wykonane w przyzwoitym terminie, czyli, doczeka, dożyje i będzie to zrealizowane szybciej?

Reasumując, czy osoba, która będzie mieć możliwości finansowe, czyli będzie dysponować środkami finansowymi, będzie mogła kupić sobie świadczenia zdrowotne, a ta osoba, której nie będzie stać na ubezpieczenie zdrowotne, już tych świadczeń zdrowotnych, niestety, się nie doczeka. To jest dla mnie generalne pytanie – jaki będzie wpływ rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na publiczną służbę zdrowia, na podstawową opiekę zdrowotną? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Ochman.

Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność" Maria Ochman:

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu. Nie miałam okazji do tej pory, a więc składam gratulacje z okazji wyboru na przewodniczącego. Z naszej strony życzymy panu, żeby przedmiot merytoryczny posiedzeń Komisji, był zdecydowanie bardziej obiecujący niż dzisiejszy.

Chcę zwrócić uwagę na jedną rzecz. Przyszłam tu dzisiaj o kuli, ponieważ jestem po zabiegu, z nadzieją, że jako przedstawiciele reprezentatywnego związku zawodowego uzyskamy informacje od pana ministra, o które trudno dopytać od lutego. Pod koniec lutego pan minister, na posiedzeniu Komisji Trójstronnej przedstawił plan – mapę drogową działań, jakie będą podejmowane w najbliższym czasie. Jako przedstawiciele partnerów społecznych, wspólnie z obecnymi tutaj przedstawicielami pracodawców, wystąpiliśmy z pismem do pana premiera o przedstawienie harmonogramu, kiedy te ustawy będą wdrażane. Muszę powiedzieć ze zdumieniem, że do tej pory nie wpłynęły ani założenia do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, które miały być przedstawione, ani żadne inne projekty ustaw.

Powiem szczerze, że wysłuchując głosów państwa posłów odnoszę wrażenie, jakby role się odwróciły, bo – jak rozumiem – państwo z Platformy próbują dopytać, czy stawiają postulaty ministrowi. Jedna z pań posłanek – pani przewodnicząca – wprost krytykuje to, w jaki sposób te informacje są przedstawiane, że opieramy się na medialnych doniesieniach. Powiem uczciwie, że przez te pół roku, które kończy się w czerwcu, przewodnictwo Komisji Trójstronnej ma Ministerstwo Zdrowia, a odbyło się tylko jedno spotkanie, na początku. Przyjęty został harmonogram działań, zadań, tematów, które przedstawiliśmy resortowi – ministrowi – z prośbą o wyjaśnienia. W tym roku przewodniczy obradom minister Neumann. Bardzo się cieszę, że pana ministra widzę, bo od marca czy lutego – nie pamiętam – a może nawet od stycznia, nie mieliśmy okazji pana ministra widzieć. I w związku z tym, proszę się nie dziwić związkom zawodowym, że w dużej mierze opieramy się, jak i państwo – słuchając państwa z partii rządzącej – na doniesieniach medialnych.

Pozwolę sobie, panie ministrze, podsumować to tak. Od pewnego czasu mam takie wrażenie, także słuchając państwa z opozycji, jakby państwo uwikłali się w tę grę. Otóż, pan minister Arłukowicz mówi każdemu to, co chce usłyszeć. W związku z tym – powiem szczerze – nawet dzisiaj współczuję panu ministrowi Neumannowi tej roli, że musi to tłumaczyć po raz kolejny, bo dzisiaj, gdy przyjdzie mi nagrać komunikat na stronę internetową naszej organizacji, to napiszę, że minister Neumann zdementował doniesienia medialne, które ukazywały się w ostatnim czasie – bo taki był przekaz pana ministra. Chciałabym, aby język ministerstwa brzmiał: „tak – tak, nie – nie". Jeżeli pan minister Arłukowicz pod koniec lutego, w obecności przedstawicieli rządu, związków zawodowych – pracodawców i związkowców – deklarował pewne działania, z których – jak rozumiem – się nie wycofał, ale nie przedstawił tych propozycji i dzisiaj podawane są spektakularne medialne informacje, które są przedmiotem naszego spotkania, to mam do państwa tylko jedną prośbę – czy pan minister mógłby powiedzieć krótko, czy dementuje te informacje, które się ukazały, a które przeczytał pan przewodniczący i które stały się przyczynkiem naszego spotkania? Spotkanie – jak rozumiem – zostało zwołane w trybie właściwym. Zostaliśmy zaproszeni na to spotkanie. Od blisko dwóch godzin państwo rozmawiają o tym, czego nie ma. Chciałabym prosić o jednoznaczną informację, panie ministrze, czy Zespół Trójstronny przy Ministrze Zdrowia funkcjonuje. Czy mapa dro-

gowa, którą przedstawił pan minister, a więc projekty ustaw o świadczeniach zdrowotnych i o szpitalach klinicznych, a także zmiana ustawy o działalności leczniczej, są nadal aktualne, czy może w międzyczasie nastąpiła zmiana? Jeżeli tak, to bardzo byśmy prosili o informację. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani przewodnicząca Janicka.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo posłowie, panie ministrze i obecni goście. Rozmawiamy i słuchamy od dwóch godzin – zgadzam się z panią przewodniczącą – o doniesieniach medialnych. Problem jest inny. Chcę zapytać, czy państwo zdajecie sobie sprawę, że tak naprawdę doniesienia medialne nie straszą pacjentów. Pacjenci w mniejszym czy większym stopniu musieli się nauczyć poruszać w naszym systemie. Tak naprawdę, mam wrażenie, że doniesienia medialne mają być przede wszystkim straszakiem dla posłów, co, komu, i kiedy się przedstawi, na jakim zebraniu.

Chcę powiedzieć o czymś zupełnie innym. Koniec czasu straszenia, czas do pracy. Przyjechałam tu po to, żeby posłuchać, jakie mamy założenia, bo to, że dzieje się źle, to wiedzą wszyscy i mówią wszyscy. Jeżeli trzeba zmienić koszyk, czy się komuś podoba, czy nie, to go trzeba zmienić, bo tak, jak powiedziała pani wiceprzewodnicząca, to jest twór elastyczny. Jeśli już cytuje się profesurę, to chcę powiedzieć, że na kongresie ekonomicznym w Katowicach pan profesor Zembala powiedział wprost – „jako konsultant krajowy biję się w piersi, że tyle zostało nawrzucane do koszyka świadczeń". Są świadkowie na tej sali. On też apeluje do ministerstwa o analizę koszyka świadczeń. Ja apeluję o rozwagę szanownej Izby nad tym, co się teraz dzieje, bo po pierwsze, nic nie słyszę o realiach, po drugie, na ile obecny koszyk stać na finansowanie ze środków publicznych, które mamy. Na ile stać? Zgadza się pytanie posła, który wyszedł – czy za siedem lat będzie ta proteza? Teraz już wiemy, że będzie za siedem lat. Jak to zrobić, żeby ta proteza była wszczepiona za życia tej kobiety? Jak to zrobić, żeby to były realia, a nie oczekiwania? Kiedy ten koszyk będzie wskazywał te zadania, które są konieczne, bezwzględne, a do tych, które mogą poczekać, przygotować specjalną formę ubezpieczeń, doubezpieczeń? Kiedy będziemy mówili o systemie ochrony zdrowia, o jego realności?

Jak państwo wiecie, przede wszystkim reprezentuję podstawową opiekę zdrowotną, lecznictwo otwarte. Oczywiście, po raz kolejny słyszę, że tutaj nie ma jakości, nie ma świadczeń, nie ma kto tego sprawdzać. Proszę państwa, prawie 90% podstawowej opieki zdrowotnej to są podmioty prywatne, a mój pacjent nie wie – od 10 lat nie wie – że chodzi do prywatnej przychodni. Nie wie, dlatego że ma zabezpieczone świadczenia publiczne w moim prywatnym zakładzie.

Dlaczego nie rozmawiamy o tym, jak koszyk ma wyglądać? Polityka za daleko i za głęboko weszła w zdrowie. Po raz kolejny apeluję, panie przewodniczący, o ponadpolityczne, ponadpartyjne działania dla zdrowia. Kiedyś minister Żochowski umieścił na Ministerstwie Zdrowia bardzo dobry szyld: ,,Do Ministerstwa Zdrowia polityce wstęp wzbroniony." Apeluję – nie polityczne rozgrywki, tylko system ochrony zdrowia.

Pierwsze podstawowe zadanie, to analiza środków finansowych, które mamy w zakresie realnych potrzeb zdrowotnych, nie oczekiwań i chciejstwa, czyli, zestawienie tego, czego potrzebują Polacy, z tym jakie są koszty i jakie mamy na to środki finansowe.

Drugie, to oczywiście zestawienie kadr medycznych. Cały czas się to przemilcza. Jest mało lekarzy, coraz mniej pielęgniarek. Środowisko medyczne się starzeje.

To, o czym była tutaj mowa – koszyk świadczeń a świadczenia z zakresu polityki senioralnej. To są wyzwania, przed którymi stoimy. Dlatego jak najbardziej popieram apel pana przewodniczącego, pani wiceprzewodniczącej, o odpolitycznienie rozmów, o rozmowę o tym, co jest problemem w ochronie zdrowia, czyli o tym, że są kolejki, że podstawowa opieka zdrowotna funkcjonuje w znacznej większości dobrze i bardzo dobrze – oczywiście tak, jak cała ochrona zdrowia – naprawianiu tego, co jest złe. Koszyk świadczeń jest po to, żeby uświadomić pacjentowi i placówkom, jak funkcjonować przy brakach finansowych, jak funkcjonować w przypadku braku dostępu do świadczeń, jak skrócić kolejkę i oczekiwanie pacjenta.

Dlatego oczekiwaliśmy dzisiaj – jak większość na tej sali – propozycji i informacji o planach. Zgadzam się z panią przewodniczącą Ochman. Mamy połowę roku i mamy oczekiwania, co będzie w roku 2014, bo przecież wszystkie świadczenia koszykowe powinny być dograne praktycznie do końca czerwca, my w dniu dzisiejszym nic nie wiemy.

Oczywiście, jest następny problem, w kwestii skutków finansowych kryzysu i informacji, które do nas docierają. Pacjenci też to czytają. Czy pacjentów można przestraszyć? Nie. Dlatego, że pacjenci podchodzą z dużym dystansem do doniesień medialnych, a to z prostego powodu – że ich realizacja bywa taka, a nie inna. Dlatego chcemy apelować o koszyk, o rozmowy nad koszykiem podstawowej opieki zdrowotnej do lecznictwa szpitalnego i wysokospecjalistycznego, jak również o możliwości ich finansowania, bo to są rzeczy, które musimy mieć.

Jak zawsze, zgłaszamy akces do pracy. Jesteśmy gotowi usiąść i powiedzieć, jakie są sugestie płynące ze środowiska, jak również od pacjentów. Tak, jak w podstawowej opiece zdrowotnej mamy obszar rozmowy z pacjentami, tak zdecydowanie mniej w pozostałych częściach. Oczekujemy kolejnych spotkań, już nad merytorycznym koszykiem, nad finansami, które się z tym wiążą i rozwiązaniami ubezpieczeniowymi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Też apeluję o to, żeby było bez polityki a dużo konkretów – po to się dzisiaj spotkaliśmy, aby te konkrety poznać. Mam nadzieję, że na koniec dowiemy się od pana ministra czegoś precyzyjnego. Bardzo proszę, oddaję głos.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Chciałbym, żebyśmy wszyscy mieli świadomość tego, w jakim charakterze się spotkaliśmy. Zaprosiliście mnie państwo po to, żeby rozmawiać o ubezpieczeniach dodatkowych. To jest temat spotkania…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze wyjaśnię. Przypomnę – o ograniczeniach koszyka świadczeń gwarantowanych w połączeniu z ubezpieczeniami dodatkowymi. Państwo powiedzieliście, już niezależnie od wywiadów, że nad tym pracujecie. Chcemy znać konkrety.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, chcę się tylko do tego odnieść. Były zarzuty i chcę się do nich odnieść. Pani poseł Hrynkiewicz, mówi, że jutro, czy za dwa dni idzie do swoich wyborców i będzie musiała rozmawiać na inne tematy. Ma pretensje do nas o to, że mówimy tu o koszyku i o ubezpieczeniach. Zawsze na coś trzeba się decydować ustalając temat spotkania Komisji. Ale to na marginesie.

Szanowni państwo, jeżeli czytacie dokładnie prasę – a widzę, że czytacie każde słowo – i jesteście w stanie przeczytać o koszykach, to mam nadzieję, że jesteście też w stanie przeczytać o tym, iż mówiliśmy od samego początku, że rozpoczynamy pracę. Pani przewodnicząca Ochman – z całym szacunkiem dla pani – na wszystkich tych spotkaniach Zespołu Trójstronnego mówiliśmy o tym, że na wiosnę zaczynamy pracę. Nie, że przedstawimy projekt, tylko zaczynamy pracę. Jest wiosna, rozpoczynamy pracę. O tym mówimy.

Cała procedura polega na tym… Ja rozumiem chęć dyskusji, bo ona jest jakby kierunkowo istotna, żeby była jasność, ale jeżeli chcecie państwo mieć konkrety, to te konkrety będą wtedy, kiedy ministerstwo przedstawi założenia do ustawy, a nie wcześniej. Możecie mieć do mnie pretensje o to, że dzisiaj nie przychodzę z założeniami, ale nigdy nie było to moim celem, żeby dzisiaj położyć założenia, bo rozpoczynamy prace. Jeżeli one mają się udać i mają przebiegać w atmosferze spokojnej i merytorycznej debaty oraz zaangażowania w to wielu środowisk – bo tylko tak uważam za sensowne przeprowadzenie tego projektu – to potrzeba na to czasu. W tych wszystkich wypowiedziach – nie tylko prasowych, ale generalnie gdziekolwiek się spotykamy, na różnego rodzaju konferencjach, spotkaniach, czy z trybuny sejmowej – mówimy o tym, że do końca roku nie należy się co spodziewać konkretnego rozwiązania.

Pytacie mnie państwo, jaki będzie koszyk równoległy, jaki będzie koszyk ubezpieczeń dodatkowych. W tej chwili, jeżeli ktoś jest zainteresowany, to niech się uda do firmy,

która oferuje takie rzeczy. Podać nazwę? Nie chcę tego podawać, żeby nie robić tutaj kryptoreklamy, ale istnieje w Polsce kilka dużych firm świadczących usługi związane z abonamentem medycznym. Tam są koszyki medyczne i wiadomo, za co się płaci. Są firmy ubezpieczeniowe, które dają ubezpieczenie od różnych rzeczy – od poszczególnych chorób, od wykupu leków refundowanych. Wystarczy tam pójść i zapytać, co jest w ich koszyku, bo tego nie ustalamy w Ministerstwie Zdrowia dla prywatnych ubezpieczeniach dodatkowych.

Mówimy o zbudowaniu prawa, który opisze system obecnie istniejący i da szansę jego rozwoju równoległego. Ideą Ministerstwa Zdrowia jest to, że to ma być system wspomagający system publiczny, a nie go zastępujący. W Polsce nic nigdy nie zastąpi systemu publicznego, jak w żadnym z cywilizowanych krajów Europy. Jednak w tych krajach istnieją równoległe systemy prywatne. Nie mają one wpływu na system publiczny. Są obok. Nie mają obowiązku przystępować do niego wszyscy. Nie powoduje to też – taki mamy plan – że ktoś, kto będzie korzystać z prywatnych dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych, że jego składka odejdzie do tej ubezpieczalni. Nie, ona pozostanie w NFZ. Czyli, jeżeli ktoś się zdecyduje – tak jak dzisiaj się decyduje wykorzystując swoje pieniądze – iść do specjalisty, do lekarza, czy na badania, robiąc te badania za swoje prywatne pieniądze, to tak na prawdę NFZ tych środków na niego nie wydaje – wydaje na innych ludzi, którzy się leczą. O tym mówimy. Nie mieszajcie tych dwóch pojęć, bo one są naprawdę dość jasno sprecyzowane.

Zgadzam się z panią poseł Hrynkiewicz, że jest pewne rozwarstwienie, że nie wszyscy będą z tego korzystać. Pewnie, że nie. To jest chyba oczywiste. Nie mamy po co się do tego przekonywać. Wszyscy są w Polsce chronieni dzięki NFZ. Mamy obowiązkowe ubezpieczenie – w przypadku tych, którzy nie są ubezpieczeni, państwo z budżetu pokrywa składki – w Narodowym Funduszu Zdrowia. To się nie zmieni. Nie mamy takiego zamiaru. Natomiast na temat szczegółowego rozwiązania, które będzie przedstawione, gdy się pojawi, będę chętnie z państwem dyskutować. Dzisiaj jest zbyt wcześnie o tym mówić.

Mają państwo pretensje, że za mało mówimy o koszykach. Pani dyrektor wspomniała tylko o tym, co dołożyliśmy do koszyka. Przez ostatnie lata, kiedy koszyk był budowany, nic z niego nie zostało wyrzucone. Jeśli ktoś jest zainteresowany szczegółami, to na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia od maja wisi informacja o poszczególnych koszykach.

Chcę tylko powiedzieć, że w koszyku, tak zwanym szpitalnym, jest 12 tys. pozycji. Jeżeli ktoś jest głęboko zainteresowany tym, żeby się z tym zapoznać, zachęcamy. Wszystkie informacje o koszykach wiszą i są w konsultacjach. Tak to funkcjonuje.

Odnośnie do pytań. Czy ze środków z prywatnych ubezpieczeń będą korzystały tylko prywatne przychodnie, czy szpitale ochrony zdrowia? Naszym celem jest właśnie to, żeby dopuścić publiczne szpitale do tych środków, bo dzisiaj jest nierówność. Dzisiaj prywatne ubezpieczenia, czy abonamenty prywatne, powodują to, że tylko w prywatnych miejscach można się leczyć. Nie korzystają z tych środków szpitale publiczne, które mają możliwości sprzętowe, organizacyjne do tego, żeby wykorzystać też innych płatników. To jest cel, oczywiście, ale to uważamy raczej za likwidowanie nierówności w stosunku do szpitali czy jednostek publicznych, niż karanie ich za to, bo dzisiaj tego dostępu nie mają.

Odnośnie do innych pytań – czy to będzie miało wpływ na czekanie na protezę, czy generalnie na czekanie? Szanowni państwo, to nie jest rozmowa o zwiększeniu składki w NFZ. Mówimy o prywatnej składce ubezpieczeniowej. Nie przyrośnie od tej ustawy środków w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dostępność, czy kolejki związane z dostępnością poprzez NFZ wynikają z możliwości płatnika publicznego. Jeżeli się decydujemy na to, że wszyscy jesteśmy ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia, a tych pieniędzy nie starcza, żeby wszystkim dzisiaj robić wszystko, to są kolejki. To jest normalny system w każdym kraju. Staramy się ten problem zmniejszyć i uważam, że dodatkowe ubezpieczenia go zmniejszą, ponieważ z kolejki część ludzi wyjdzie, a środki zostaną na świadczenia dla tych, którzy są w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jednak oszacowanie tego, o ile się zmniejszy dni, miesięcy czy lat, jest niemożliwe, dopóki nie powstanie ten produkt na rynku. Chciałbym prowadzić taką dyskusję w miarę merytorycznie, kiedy będziemy mieli rozwiązania. Dzisiaj możemy mówić tylko o pewnych ideach.

Mówię o straszeniu po to, żeby wszyscy państwo mieli świadomość jednej rzeczy. Wmawianie ludziom – bo takie głosy były i możemy zaraz zacząć się cytować z różnego rodzaju wypowiedzi medialnych, ale staram się tego unikać – że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne to jest zabranie bezpłatnej służby zdrowia – takie głosy padały. Są one z gruntu nieprawdziwe, fałszywe i, uważam, podszyte złą wolą. Mówmy o tym, co jest naprawdę.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest płatnikiem publicznym i wszyscy, którzy płacą składki, albo za których składki płaci państwo, są i pozostaną w nim ubezpieczeni. Obok istnieją dzisiaj dodatkowe ubezpieczenia w różnej formie i będą istniały. Chcemy ten rynek rozbudować, żeby szanse skorzystania z tego produktu mieli nie tylko ludzie mieszkający w dużych miastach i pracujący w dużych korporacjach, żeby świadczeniodawcy, także publiczni, mogli z tych środków skorzystać. To są główne cele i idee. Kolejną ważną rzeczą jest to, żeby nie było selekcji pacjentów, żeby nie przyjmować samych młodych i zdrowych. Nad tym pracujemy.

Było też pytanie – z którą z firm pracujemy, w której z firm jesteśmy akwizytorami, a zaraz potem jeden z posłów mówił o leku, który należało na listy wpisać. Nie chciałbym, żebyśmy byli posądzani o lobbowanie na rzecz jakiejś firmy, a natychmiast potem ktoś inny lobbował za jakimś lekiem, bo procedury dopuszczania leków na rynek polski są jasno określone. Odradzam wszystkim takie głosy, bo one mogą być różnie odebrane. My rozmawiamy z przedstawicielami ustawowymi, którzy są opisani w ustawie, bo Polska Izba Ubezpieczeń jest wpisana ustawowo i reprezentuje firmy ubezpieczeniowe. Pracodawcy, czy świadczeniodawcy z medycyny prywatnej, którzy także są opisani, jako strona społeczna, też biorą w tym udział. Ile tych firm będzie na końcu – nie wiemy, bo nie ma obowiązku przystępowania do tego, ani pacjentów, ani firm, ale chcemy dać ramy prawne do cywilizowanego rozwoju tego rynku. Oczywiście nie kosztem NFZ, czy zamiast NFZ, bo to może nazywać się inaczej, może to być za chwilę inny płatnik publiczny, ale to zawsze będzie publiczny płatnik. W Polsce podstawą systemu zawsze będzie płatnik publiczny o tej, czy innej nazwie, ale to właśnie rozwiązanie wybraliśmy i to się nie zmieni. Chętnie będę z państwem na ten temat dyskutować, bo to jest ważna kwestia. Naprawdę poważnie ją traktujemy. Kiedy będą pierwsze skrystalizowane propozycje, jestem gotów tutaj przyjść i naprawdę długo dyskutować, ale dzisiaj – tak, jak zapowiadałem – jesteśmy na początku drogi.

Chcemy przeanalizować ten rynek w sposób wiarygodny, merytoryczny i spokojny, bez zacietrzewienia, czy bez nastawienia się na to, że albo zniszczymy prywatnych ubezpieczycieli, albo damy im wszystko. Tak nie będzie. Nie będą ani zniszczeni, ani nie dostaną wszystkiego. Chcemy, żeby obok Narodowego Funduszu Zdrowia pojawili się inni płatnicy, ale nie zamiast, żeby była jasność. Mówię jeszcze raz – dzisiaj istnieją ubezpieczenia, mają swoje koszyki i przez to, że te swoje koszyki zdrowotne mają, nic nie zostało wyjęte z koszyka Narodowego Funduszu Zdrowia. Miejmy tego świadomość. To nie jest zaprzeczanie samemu sobie, bo taka jest dzisiaj rzeczywistość. Tylko trzeba szerzej otworzyć oczy, być może. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, w takim razie, po pierwsze, trzymamy za słowo, że kiedy będą konkrety, to będzie spotkanie. Po drugie, teraz pan zaczął wskazywać troszeczkę inny kierunek, bo wyjęcie pewnych procedur z koszyka oznaczałoby, że pacjenci, którzy nie mają dodatkowych ubezpieczeń, nawet nie będą mogli z tych procedur skorzystać. Tu pan wskazał trochę inny kierunek. Zobaczymy w związku z tym, jakie będą te konkretne założenia.

Prosił jeszcze o głos pan przewodniczący Hoc. Bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Mam taką refleksję w stosunku do tych wszystkich, którzy zawsze apelują, żebyśmy nie działali politycznie, żebyśmy byli apolityczni. Pamiętajmy o tym, że polityka to jest roztropna troska o dobro ogólne – o dobro wspólne – i właśnie działamy politycznie. To jest polityka. Tak się pojmuje politykę. To jest jedna sprawa.

Natomiast, gdybyśmy nie uprawiali polityki, to swoje wywody zaczynalibyście od następującego: „Panie ministrze, jak to jest, że po sześciu latach pan rozpoczyna pracę – rozpoczynacie działania, konstruujecie koszyk"? Tak byście powiedzieli, gdybyście nie uprawiali polityki.

Po drugie, myślę, panie ministrze, że możemy zakończyć naszą dzisiejszą dyskusję tym, z czym przyszliśmy. Mogę zacytować ludową piosenkę: ,,Karliku, Karliku, co tam masz w koszyku…", bo rzeczywiście dalej nie wiemy, co mamy w tym koszyku.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Szanowni państwo, jeszcze minutka. Zamykam dyskusję. Zanim zamknę posiedzenie Komisji, chciałbym państwa poinformować, że bardzo proszę na następne posiedzenie Sejmu, albo już na jutrzejsze posiedzenie, o propozycje pracy Najwyższej Izby Kontroli na rok 2014, a także propozycje pracy Komisji w drugim półroczu br. Bardzo dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji.